

Année 1955

N°  
**340**

T H E S E

pour le Doctorat en Médecine  
(Diplôme d'Etat)

-O-O-

p a r

ROUJANSKY Olivier, Claude, Alain  
Né le 12 septembre 1926 à Fresneaux (Oise)

Présentée et soutenue publiquement le :

-:-:-:-:-

Titre :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT DES  
SINUSITES ALLERGIQUES DE L'ENFANCE  
PAR LA CORTISONE IN SITU

-O-

Président :

M. le Professeur AUBIN

1912

1912

1912

1912

1912

1912

1912

1912

1912

1912

1912

1912

1912

1912

1912

1912

1912

1912

1912

1912

Nom du candidat : R O U J A N S K Y

Prénom : Olivier Claude Alain

Date de soutenance :

N° d'ordre :

1

ROUJANSKY, Olivier Claude  
Alain.  
Contribution à l'étude du  
traitement des sinusites  
allergiques de l'enfance  
par la cortisone in situ.  
PARIS Dact. In 4° 31 p.  
Thèse Méd. Paris 1955  
N°  
Ed. A.G.E.M.P. 1955

2

ROUJANSKY, Olivier Claude  
Alain.  
Contribution à l'étude du  
traitement des sinusites  
allergiques de l'enfance  
par la cortisone in situ.  
PARIS Dact. In 4° 31 p.  
Thèse Méd. Paris 1955  
N°  
Ed. A.G.E.M.P. 1955

3

ROUJANSKY, Olivier Claude  
Alain.  
Contribution à l'étude du  
traitement des sinusites  
allergiques de l'enfance  
par la cortisone in situ.  
PARIS Dact. In 4° 31 p.  
Thèse Méd. Paris 1955  
N°  
Ed. A.G.E.M.P. 1955

4

ROUJANSKY, Olivier Claude  
Alain.  
Contribution à l'étude du  
traitement des sinusites  
allergiques de l'enfance  
par la cortisone in situ.  
PARIS Dact. In 4° 31 p.  
Thèse Méd. Paris 1955  
N°  
Ed. A.G.E.M.P. 1955



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41547107\\_0045](https://archive.org/details/IA41547107_0045)

Année 1955

No

T H E S E

pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'Etat)

—○—○—

p a r

R O U J A N S K Y Olivier, Claude, Alain  
Né le 12 septembre 1926 à Fresneaux (Oise)

Présentée et soutenue publiquement le :

1940 1941 1942 1943 1944 1945 1946 1947 1948 1949

Titre :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT DES

# SINUSITES ALLERGIQUES DE L'ENFANCE

PAR LA CORTISONE IN SITU

— 〇 —

Président :

M. le Professeur AUBIN



## D O Y E N   H O N O R A I R E

M. BAUDOUIN

## P R O F E S S E U R S   H O N O R A I R E S

MM. BAUDOUIN, BRINDEAU, CALENAT, CARNOT, CHABROL, CHEVASSU  
CHIRAY, CLERC, DELIBET, GOUGEROT (H.), GUILLAIN, HARVIER,  
LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LIAN, LOEPER,  
MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MOLON, OLIVIER, (E.), OMBREDANNE,  
SANNIE, SEZARY, TANON.

D O Y E N ..... Léon BINET  
(membre de l'Institut)

A S S E S S E U R ..... Jean VERNE

### I.- PROFESSEURS

MM.

|                                                                 |                     |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------|
| ANATOMIE.....                                                   | CORDIER G.          |
| Anatomie pathologique.....                                      | DELARUE A.          |
| Bactériologie... ..                                             | GASTINEL P.         |
| Biologie appliquée à l'éducation<br>physique et aux sports..... | CHAILLEY-BERT P.    |
| Biologie médicale .....                                         | VERNE J.            |
| Cancérologie médicale et sociale .....                          | HUGUENIN R.         |
| Carcinologie .....                                              | OBERLING C.         |
| Chimie médicale .....                                           | POIONOVSKI M.       |
| ( Hôtel-Dieu .....                                              | BROCK               |
| Cliniques ( Broussais .....                                     | DE GAUDART D'ALLAI- |
| Chirurgicales ( SALPETRIERE .....                               | MONDOR H. (NLS      |
| ( COCHIN .....                                                  | QUENU               |
| Clinique Chirurgicale réparatrice<br>et orthopédique .....      | MERIE D'AUBIGNE     |
| Clinique de cardiologie .....                                   | DONZELOT E.         |

|                                                                                                 |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Clinique de Chirurgie infantile et Ortopédie.                                                   | FEVRE M.                    |
| Clinique de Chirurgie Pleuro-pulmonaire.....                                                    | MONOD R.                    |
| Clinique de la Tuberculose .....                                                                | BERNARD E.                  |
| Clinique de Neuro-chirurgie .....                                                               | PETIT DUTAILLIS D.          |
| Clinique de Puériculture .....                                                                  | LELONG M.                   |
| Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques                                                 | DEGOS R.                    |
| Clinique des Maladies du Sang .....                                                             | CHEVALLIER P.               |
| Clinique des Maladies du Système Nerveux ...                                                    | ALAJOUANINE T.              |
| Clinique des Maladies d'Enfant .....                                                            | DEBRE R.                    |
| Clinique des Maladies Infectieuses .....                                                        | MOILLARET P.                |
| Clinique des Maladies Mentales et de<br>l'Encéphale .                                           | DELAY J.                    |
| Clinique du Diabète sucré et des Maladies de<br>la nutrition .....                              | BOULIN R.                   |
| Clinique Gynécologique .....                                                                    | FUNCK BRENTANO P.           |
| ( Hôtel(Dieu .....                                                                              | BENARD H.                   |
| Cliniques Médicales...( Bichat .....                                                            | LAROCHE G.                  |
| ( Cochin .....                                                                                  | MOREAU R.                   |
| ( Broussais .....                                                                               | DE GENNES I.                |
| Clinique Médicale d'Hydro-climatologie<br>Thérapeutique .....                                   | JUSTIN-BESANCON L.          |
| Clinique Médicale Propédeutique .....                                                           | PASTEUR VALIERY<br>RADOT I. |
| ( Tarnier .....                                                                                 | LANTUEJOUL P.               |
| Cliniques Obstétricales Baudeloque .....                                                        | LEVY SOLAL E.               |
| ( PORT-Royal .....                                                                              | LACOMME M.                  |
| Clinique Ophtalmologique .....                                                                  | VELTER E.                   |
| Clinique Oto-Rhino-Laryngologique .....                                                         | AUBIN A.                    |
| Clinique Physico-Pathologique des Problèmes<br>Alimentaires<br>( Chaire à titre personnel ) ... | RICHET C.                   |
| Clinique Psychiatrique Infantile.....                                                           | HEUYER C.                   |
| Clinique Rhumatologique et sociale .....                                                        | COSTE F.                    |
| Clinique Stomatologique .....                                                                   | DECHAUME M.                 |
| Clinique Thérapeutique Chirurgicale .....                                                       | SENEQUE J.                  |
| Clinique Thérapeutique Médicale .....                                                           | TEMAIRE A.                  |
| Clinique Urologique .....                                                                       | FEY B.                      |
| Embryologie .....                                                                               | GIROUD A.                   |
| Génétique .....                                                                                 | LAMY M.                     |
| Histoire de la Médecine et de la Chirurgie ..                                                   | MOUQUIN M.                  |
| Histologie .....                                                                                | CHAMPY C.                   |
| Hygiène et Clinique de la Première Enfance ..                                                   | CATHALA J.                  |
| Hygiène et Médecine Préventive.....                                                             | JOANNON C.                  |
| Médecine du Travail .....                                                                       | DESOILLE H.                 |
| Médecine Légale .....                                                                           | PLEDELEVRE R.               |
| Parasitologie et Histoire Naturelle Médicale.                                                   | GALLIARD H.                 |
| Pathologie Chirurgicale .....                                                                   | N.....                      |
| Pathologie Exotique .....                                                                       | LAVIER G.                   |
| Pathologie Expérimentale et Comparée .....                                                      | LENEGRE                     |
| Pathologie Médicale .....                                                                       | BARIETY M.                  |
| Pathologie et Thérapeutique Générales .....                                                     | N.....                      |
| Pharmacologie et Matière Médicale .....                                                         | HAZARD R.                   |
| Physico-chimie Médicale (chaire à titre<br>personnel)..                                         | DOGNON A.                   |

|                              |               |
|------------------------------|---------------|
| Physiologie .....            | BINET L.      |
| Physique Médicale .....      | STROHL A.     |
| Radiologie Médicale .....    | LESUREZ R.    |
| Technique Chirurgicale ..... | MOULONGUET P. |
| Thérapeutique .....          | TURPIN R.     |

## II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

### MAITRES DE CONFERENCES AGREGES & AGREGES

MM.

|                                  |                         |
|----------------------------------|-------------------------|
| Anatomie .....                   | DEBEYRE J.<br>DEIMAS A. |
|                                  | ( N.....                |
|                                  | ( GAUTHIER VILLARS      |
| Anatomie Pathologique .....      | ( Mlle P.) Pr. s. ch.   |
|                                  | ( BUSSET F.             |
|                                  | ( GOUYGOU C.            |
| Bactériologie .....              | ( FASQUELLE R.          |
|                                  | ( NEVOT A.              |
| Biologie Médicale .....          | BOURLIERE               |
|                                  | ( ETTORI J. Pr. s. ch.  |
| Chimie Médicale .....            | ( JAYLE M.F.) Pr.s.ch.  |
|                                  | ( SCHAPIRA              |
| Dermato-Syphiligraphie .....     | DUPERRAT                |
|                                  | ( COUJARD R.            |
| Histologie .....                 | ( BULLIARD H(s. ch)     |
|                                  | ( N....                 |
| Hydrologie .....                 | DEBRAY C.               |
| Hygiène .....                    | ( BOYER J.              |
|                                  | ( DEPARIS M.            |
|                                  | ( DEROBERT L.           |
| Médecine Légale du Travail ..... | ( GAULTIER M.           |
|                                  | ( HADENGUE A.           |
| Neurochirurgie .....             | DAVID M.                |

|                                |                    |
|--------------------------------|--------------------|
| Neurologie .....               | SEZE (S. de )      |
|                                | ( GRASSET J.       |
|                                | ( LEPAGE F.        |
|                                | ( MAYER M.         |
| Obstétrique .....              | ( MERGER R.        |
|                                | ( MORIN P.         |
|                                | ( RAVINA J.        |
|                                | ( VANRANGOT J.     |
| Ophtalmologie .....            | ( OFFRET G.        |
|                                | ( DESVIGNES P.     |
| Orthopédie .....               | JUDEN R.           |
|                                | ( HALPHEN E(s. ch) |
| Oto-Rhino-Laryngologie .....   | ( AUBRY M.         |
|                                | ( MADURO R.        |
| Parasitologie .....            | ( BRUMPT L.        |
|                                | ( CHABAUD A.       |
|                                | ( ABOULKER P.      |
| Pathologie Chirurgicale .....  | ( BAUMANN J.       |
|                                | ( GOSSET J.        |
|                                | ( HUGUIER J.       |
|                                | ( LAURENCE G.      |
|                                | ( LEGER L.         |
|                                | ( LORTAT JACOB J.  |
| Pathologie Chirurgicale .....  | ( OLIVIER CL.      |
|                                | ( PADANOVANI P.    |
|                                | ( POILLEUX M.      |
|                                | ( ROUX M.          |
|                                | ( RUDIER J.C.      |
|                                | ( VERNE J-M.       |
| Pathologie Expérimentale ..... | MERKLEN P.         |
|                                | ( JOSEPH R.        |
| Pédiatrie .....                | ( LAPLANE R.       |
|                                | ( MARIE J.         |
|                                | ( BERNARD J.       |
|                                | ( BOUDIN G.        |
|                                | ( CASTAIGNE P.     |
|                                | ( CONTE M.         |
|                                | ( DECOURT J.       |
|                                | ( DOMART A.        |
|                                | ( DREYFUS Gilbert  |
|                                | ( FAUVERT F.       |
| Pathologie Médicale .....      | ( HAMBURGER J.     |
|                                | ( KOURISKY R.      |
|                                | ( LAMOTTE M.       |
|                                | ( LAROCHE C.       |

|                             |                                                                  |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|
|                             | ( MILLIEZ P.                                                     |
|                             | ( PEQUIGNOT H.                                                   |
|                             | ( PERRAULT M.                                                    |
|                             | ( RAMBERT P.                                                     |
|                             | ( THIEFFRY St                                                    |
|                             | ( TURIAT J.                                                      |
| Pharmacologie .....         | (-LEVY(Melle )<br>( Pr. s. ch.-<br>(-CHEYMOL JE<br>( Pr. s; ch.- |
| Physiologie .....           | (-BARGELTON D.<br>( Pr. s. ch.-<br>( PARROT J.I.                 |
| Physique Médicale .....     | (-DJOURNO A.<br>( Pr. s. ch.-<br>( GOUGEROT I.                   |
| Pneumo-Phtisiologie .....   | ( KREIS B.                                                       |
| Psychiatrie .....           | BARUK H.                                                         |
| Psychiatrie Infantile ..... | MICHAUX I.                                                       |
| Stomatologie .....          | ( CERNEA F.<br>( CHAPUT(Mme A;)                                  |
| Thérapeutique .....         | PERRAULT                                                         |
|                             | chargé de l'enseignement                                         |
| Urologie .....              | KUSS R.                                                          |

---



A la mémoire de mon Père  
dont la vie de dévouement et d'humanité  
toute entière consacrée à la Médecine  
restera toujours pour nous un exemple.

A ma famille

A mes amis



A Monsieur le Professeur A. AUBIN  
Professeur de clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté  
Laryngologiste de l'Hopital Lariboisière

qui nous fit le très grand honneur  
d'accepter la présidence de notre thèse

Hommage respectueux



A notre Maître

Monsieur le Docteur LEMARIEY

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris ,  
Laryngologiste de l'Hôpital Trousseau

qui nous a inspiré le sujet de notre thèse,  
en remerciement de la confiance  
qu'il nous a témoigné,

qu'il trouve ici  
l'expression de notre profonde gratitude.







## CHAPITRE I.

-:-:-:-:-

Tous les traités d'oto-rhino-laryngologie réservent un chapitre à l'étude de l'allergie naso-sinusienne, tous les travaux sur l'allergie décrivent des réactions allergiques dont les zones atteintes sont situées dans les cavités naso-sinusiennes.

Cependant, si l'allergie classique peut être définie de façon claire, si les descriptions qu'on en donne sous une forme didactique peuvent se montrer éminemment satisfaisantes pour l'esprit, tant l'enchaînement des réactions qui s'y présentent semble mécanique et inévitable, il est bien rare que l'allergie soit en clinique aussi compréhensible et même décelable qu'en théorie.

L'allergie naso-sinusienne comme les autres formes d'allergie est soumise à cette règle. Ce ne sera souvent qu'au prix de grandes difficultés qu'on sera en droit d'affirmer la nature allergique de certaines affections naso-sinusiennes. Il convient de remarquer d'emblée que l'allergie sera encore plus malaisée à diagnostiquer lorsqu'elle touchera isolément les sinus que lorsqu'elle frappera la muqueuse des fosses nasales.

Le but de notre travail étant le traitement des sinusites allergiques, les difficultés de diagnostic de ces affections nous obligeront donc à procéder par étapes.

Tout d'abord, nous essayerons de définir l'allergie, puis d'en comprendre le mécanisme ;

dans un second temps, nous appliquerons nos connaissances de l'allergie en général à la pathologie des sinus afin d'en isoler les lésions allergiques sinusiennes ;

dans un dernier temps le diagnostic des sinusites allergiques ayant été précisé, nous étudierons les traitements utilisés jusqu'à ce jour, nous décrirons le traitement par la cortisone in situ, en dirons les résultats et les comparerons avec ceux des autres thérapeutiques.



## CHAPITRE II.

~::~::~~::

### HISTORIQUE ET DEFINITION DE L'ALLERGIE

~::~::~~::

La description des maladies allergiques n'est pas récente, puisque dès 1565 Levardius Bottalüs, de l'Université de Pavie, dressa le premier le tableau du rhume des foins, en soutenant qu'il était dû au parfum des roses.

Au cours des siècles qui suivirent d'autres médecins soulignèrent les associations de ce rhume des foins avec l'asthme et l'urticaire.

Puis il fallut arriver à Hyde Salter pour soupçonner le caractère héréditaire de l'asthme (1882) et à Harrißon Blackley (1872) pour établir la preuve que le rhume des foins est bien dû au pollen.

Mais c'est seulement en 1902 que Charles Richet, fit la découverte qui devait éclairer d'un jour nouveau des affections bizarres qu'on allait qualifier d'allergiques.

On nous excusera de rappeler ici ces travaux bien connus : Charles Richet à cette époque étudiait l'action des poisons des anémones de mer et, comme Pasteur venait de fonder une nouvelle science, l'immunologie, il envisagea de déterminer chez le chien, l'immunité contre ce poison.

Or il s'aperçut que les chiens qui avaient supporté de façon parfaite une première injection de poison, mourraient de façon brutale et constante lorsque la semaine suivante il leur administrait une nouvelle dose, identique, de ce poison.

Richet comprit alors qu'il avait atteint un but opposé à celui qu'il s'était assigné : au lieu d'immuniser l'animal contre un poison, il l'avait rendu moins résistant à celui-ci. Il put répéter ces expériences avec d'autres toxiques, et il donna à ce phénomène de perte de protection contre un toxique le nom d'anaphylaxie.

Mais Richet s'imaginait que seuls les produits déjà toxiques à la première injection pouvaient lors d'une seconde introduction dans l'organisme être cause de réactions anaphylactiques. Il pensait que la première injection neutralisait une antitoxine, si bien que la deuxième injection trouvait l'organisme désarmé.



A peu près à la même époque, cependant, Von Pirquet, observait chez ses malades soumis à des injections de sérum de cheval, lors d'une seconde injection des réactions extrêmement violentes telles : choc, urticaire, arthrite etc.

Il donna à cet exemple d'affections le nom de maladie du sérum, car il obtint vite la certitude que le sérum de cheval était seul en cause, tandis que les antitoxines qu'il véhiculait étaient parfaitement innocentes. Comme le sérum à la première injection était en général inoffensif, Von Pirquet fut amené à conclure que la théorie de Richet était partiellement fausse, et que la première injection n'agissait pas en détruisant une défense naturelle mais qu'au contraire elle provoquait dans l'organisme une sensibilisation au sérum. Et le sérum devenait même, à ce moment, toxique à des doses bien moindres que celles tolérées parfaitement lors de la première injection. A cet état d'hypersensibilisation il donna le nom d'allergie.

---



1) l'anaphylaxie doit être provoquée alors qu'en général chez l'homme l'allergie est naturelle. L'homme qui



n'est pas naturellement allergique ne pourra l'être rendu artificiellement.

- 2) la désensibilisation s'obtient facilement chez l'animal anaphylactique, au contraire l'homme allergique ne peut être désensibilisé. Au maximum, il pourra être hyposensibilisé. Et il semble bien nécessaire en définissant l'allergie d'insister sur le fait qu'elle est l'équivalent de l'anaphylaxie chez l'homme avec "quelque chose de plus" qui la rendrait constitutionnelle, plus profondément et solidement installée chez l'homme que l'anaphylaxie ne peut l'être chez l'animal.

Enfin l'allergie elle-même se subdivise en deux catégories selon que des anticorps peuvent être mis en évidence dans le sang des malades ou non. Dans le premier cas, on parle d'allergie humorale, dans le second cas, où l'on admet que les anticorps existent également mais sont contenus à l'intérieur des cellules, on parle d'allergie tissulaire. Mais quelque soit le tissu qui en est atteint, la sensibilisation et la réaction allergique présentent toujours des points communs. Il faut considérer successivement dans toute allergie une période de sensibilisation à un allergène, période muette en général, puis une période de maladie allergique type, où selon son état général et la mise en présence ou non avec un allergène, l'organisme va passer par des périodes de réactions allergiques et des périodes de santé apparente.

### Sensibilisation :

Dans un premier temps l'organisme, ou peut-être seulement une partie de celui-ci, se sensibilise à un produit : l'allergène. Cette phase de l'allergie est évidemment la moins bien connue, car elle est latente, muette et l'on peut même dire qu'à son sujet, le mystère est total. Pour expliquer le fait que, de deux personnes partageant le même genre de vie, soumis au contact des mêmes allergènes, l'une devenait allergique et l'autre non, l'on a invoqué le caractère constitutionnel de l'allergie. Mais en vérité jusqu'à ce jour aucun signe ne permet de déterminer si un individu deviendra allergique ou non.

Pour tourner cette difficulté, on se demanda si ce caractère n'était pas héréditaire. Or si les enfants d'allergiques ont plus de chances que les autres de devenir eux-mêmes allergiques, ils ne le deviennent en fait que dans 40% des cas, et on ne peut tirer aucune certitude des antécédents familiaux.

La façon dont on se sensibilise à un allergène est d'ailleurs extrêmement mystérieuse car ce n'est pas toujours lors d'un premier contact que se déclenche la sensibilisation. On a ainsi, cité le cas d'un boulanger,



qui, après avoir exercé pendant trente années sa profession sans la moindre intolérance à la farine, ayant arrêté son travail pendant quelque temps, fut atteint de crises d'asthme lorsqu'il voulut le reprendre et qu'il se trouva à nouveau dans l'atmosphère chargée de particules de farine de son fournil.

Il faut donc admettre, indépendamment de ce facteur héréditaire, peut être existant, un autre facteur, facteur de circonstances, qui modifiera l'organisme de telle sorte que la sensibilisation soit possible. Et ici il faudra admettre que de nombreuses causes différentes pourront agir sur l'organisme de telle sorte qu'il devienne allergisable. En effet, l'homéostasie du corps humain est maintenue grâce à de nombreux systèmes de régulation, qui grossièrement et arbitrairement peuvent être divisés en trois groupes d'ailleurs solidaires :

- 1- la régulation hormonale qui modifie les sécrétions internes et externes en fonction des besoins de l'organisme.
- 2- la régulation nerveuse qui par l'intermédiaire des muscles striés ou lisses et de médiateurs chimiques, détermine l'état d'activité ou de repos des divers secteurs de l'organisme.
- 3- la régulation vaso motrice qui permet l'apport et l'enlèvement des aliments et des déchets dont les cellules ont besoin d'être munies ou débarrassées.

Ces trois systèmes sont certainement étroitement dépendants les uns des autres et c'est de cette solidarité que découle la constance morphologique, cellulaire et chimique de l'individu qui semble être un des buts même de la vie. Mais la vie elle-même représente un danger perpétuel de destruction de cette homéostasie et celle-ci ne peut être maintenue que grâce aux efforts permanents, conjoints, combinés des 3 systèmes de régulation cités plus haut.

Dans l'allergie, comme dans toute maladie, il y a donc sans doute lutte de l'organisme contre les atteintes qui pourraient lui faire perdre sa forme et sa structure, donc sa personnalité. Mais la phase de sensibilisation étant insaisissable, ces atteintes, qu'elles soient matérielles et physiques, chimiques, vivantes même (virus, bactérie, parasites) ou psychiques, on ne peut les incriminer que par comparaison avec d'autres états pathologiques où elles ont un rôle actif. Et ici, il ne peut être question que de suspicion.



## Etat allergique :

Mais lorsque l'individu est sensibilisé, il présente des réactions allergiques qu'il est possible d'examiner. En quoi consistent donc ces réactions allergiques ?

En premier lieu, elles dépendent de la mise en présence de l'organisme avec un allergène. À peu près de façon permanente, la partie de l'organisme en contact avec l'allergène est son revêtement cutanéomuqueux. Toutes les régions de la peau, des muqueuses respiratoires, digestives, oculaires, ou génitales peuvent être atteintes. En général c'est une partie bien précisée de ce revêtement qui est sensible à l'allergène.

Que le revêtement cutanéomuqueux qui sépare l'organisme de l'extérieur soit en contact avec l'allergène, est bien naturel puisque l'allergène est lui-même d'origine externe. (Nous faisons d'ailleurs une réserve à ce sujet, car il y a des cas où l'allergène absorbé par une muqueuse, atteint, véhiculé par le sang, la partie du revêtement qui lui est sensibilisée). Lorsque l'allergène est en contact avec la zone sensibilisée du revêtement cutanéomuqueux que l'on appelle encore organe de choc (shock-organe) ce qu'il rencontre avant tout ce sont les cellules épithéliales de cet organe de choc. Le premier temps de la réaction allergique sera donc un conflit allergène-cellule épithéliale.

Cette allergie de la cellule même a pu être mise en évidence sur des cellules cultivées selon les principes de Garré, in vitro. Des cellules allergiques à la tuberculine réagissent à cette dernière comme à un toxique, en perdant de leur vitalité (la culture pousse plus lentement qu'une culture non allergique également mise en présence de tuberculine) et aussi en rejetant au travers de leur membrane des métabolites protido-glucidiques dont la tyramine et l'histamine.

Il semble bien que dans l'organisme, il en soit de même et que les cellules du tissu allergique réagissent à l'allergène comme à une agression. Or les cellules de l'organisme ne sont pas comme celles des autres cultures, livrées à elles-mêmes. L'organisme tout entier les stimule ou les freine grâce à divers mécanismes qui sont encore ceux vus plus haut :

- hormonal qui agit directement sur les métabolites cellulaires
- nerveux, qui agit par action trophique
- vaso moteur qui agit indirectement en apportant plus ou moins d'aliments aux cellules.



L'agression à laquelle les cellules allergiques sont soumises ne peut donc que mettre en marche le système biorégulateur, neuro-endocrino vasculaire.

- 1) un des corps excrétés par la cellule lésée, l'histamine, se charge d'exciter sur place les nerfs vaso-moteurs. Une réaction de Lewis se constitue qui détermine la vaso-dilatation des capillaires du territoire atteint, en provoquant une stase sanguine en cet endroit, et accroît la perméabilité de ces capillaires, permettant aux liquides de fuir hors d'eux, pour déterminer de l'oedème.
- 2) parmi les autres corps excrétés par la cellule doivent figurer certainement des biostimulines puisque la culture des cellules in vitro a démontré que la lésion d'une cellule lui faisait sécréter de tels corps. La préparation d'extraits tissulaires selon la méthode de Filatow est d'ailleurs basée sur ce principe. Et ces corps doivent avoir pour mission de stimuler les autres cellules non atteintes, qui seront appelées à remplacer par mitose les cellules touchées.
- 3) Ces mêmes corps dont l'action est stimulatrice vis-à-vis des cellules environnantes doivent donc avoir leur action compensée par une réaction anti-inflammatoire de l'organisme. Le système endocrinien doit sécréter des corps inhibant les mitoses, freinant l'inflammation et parmi ceux-ci, un nous est connu : la cortisone. Ce corps a la propriété également d'empêcher le conflit antigène-anticorps.
- 4) Les nerfs irrités par l'histamine ayant déclenché une vaso-dilatation capillaire créatrice de stase, le système régulateur neuro-végétatif doit donc s'opposer à cette stase en déterminant une vaso-dilatation des artérioles qui desservent ces capillaires : une excitation des filets parasympathiques du territoire a donc lieu.
- 5) L'allergène existe sous forme de 2 composantes :
  - a) la matérielle pour laquelle il a touché la cellule,
  - b) la sensorielle par laquelle grâce aux organes des sens il va impressionner le système nerveux central. La concomitance des réactions locales et du stimulus sensoriel aboutira à la création d'un réflexe conditionné et le stimulus sensoriel seul pourra déclencher alors toute la réaction allergique,



le système nerveux central retentissant par l'intermédiaire du système nerveux végétatif sur les régulations hormonales.

- 6) Enfin, dans certains cas, l'allergène pourra réussir à pénétrer dans le torrent circulatoire après avoir traversé la cellule et il y aura un conflit anticorps-allergène dans le sang. (Mais il faudra remarquer à ce sujet que si la zone allergique ne reçoit pas l'allergène directement de l'extérieur, mais par le sang, après qu'il ait été absorbé par une muqueuse, dans ce cas il faudra obligatoirement qu'il n'y ait pas d'allergie humorale, car si des anticorps existaient dans le sang, l'allergène serait neutralisé avant d'avoir trouvé l'organe sensible ou bien il faudrait d'abord qu'il ait neutralisé tous les anticorps du sang ce qui aboutirait à une colloïdoclasie tellement intense qu'elle ferait passer au second plan la réaction allergique locale).

Nous voyons, d'emblée, que la crise d'allergie sera dépendante de toute une série de facteurs. Mis à part la présence de l'allergène dont la nécessité est évidente, il faudra encore que l'apport d'hormone anti-inflammatoire à la cellule soit insuffisant. Cette carence pourra dépendre de plusieurs causes :

- 1- locales : mauvaise irrigation sanguine, vasoconstriction locale par irritation, emploi de produits décongestionnants,
- 2- générales : insuffisance organique du système endocrinien (hyperfolliculinie, émotivité).

La mauvaise irrigation sanguine pourra être due à une lésion à distance qui, étant une cause locale de vaso-dilatation, déclanchera une réaction sympathique de l'organisme, donc une vaso-constriction dans les autres territoires, et, aussi, une anémie de la zone allergisée. (Epine irritative).

Nous ne nous étonnerons donc pas, les causes de la crise allergique étant nombreuses, que les traitements proposés soient innombrables. Aucun traitement ne se targue d'ailleurs d'être curatif. L'allergie a la réputation d'être incurable. Et pourtant les guérisons spontanées existent. L'asthme infantile guérit souvent à la puberté, l'asthme de l'âge adulte ayant débuté à la puberté guérit souvent à la ménopause.

Et ceci laisse supposer que l'endocrinologie pourrait un jour infailliblement guérir l'allergie.

Or le corps le plus puissant, actuellement connu, sécrété par l'organisme pour combattre l'allergie, est la cortisone.



Bien que son effet ait été jusqu'ici qualifié de suspensif et que l'on voit dès cessation du traitement par elle la maladie reprendre, nous nous demandons si son peu d'effet ne provient pas de son utilisation habituelle par voie générale.

Cette voie en effet cumule les inconvénients. La mauvaise irrigation lésionnelle oblige à employer de grosses doses, dépassant de loin les chiffres physiologiques et encore n'est-on pas sûr d'avoir suffisamment "imbibé" de cortisone les cellules allergiques. Et ces grosses doses ont pour effet de provoquer l'atrophie de la surrénale d'où la rechute dès cessation du traitement. C'est pourquoi nous nous sommes demandés si le traitement par la cortisone in situ, quand il est possible, ne serait pas beaucoup plus efficace - peut-être curatif - puisqu'il a l'avantage de permettre une concentration énorme de cortisone à l'endroit malade, en mettant à l'abri du risque d'inhibition du système endocrinien déjà déficient.

En effet, nous ne pouvons guère dépasser une posologie quotidienne de 300 mg. chez un adulte et encore cette dose fait-elle courrir de gros risques au malade. Or, en admettant une imprégnation homogène de l'organisme par cette dose de 300 mg. chez un malade de 60 kg. nous voyons que la charge en cortisone est environ 5 mmg. par kg.

Si nous tenons compte de la minime épaisseur des revêtements épithéliaux, nous voyons que les concentrations en cortisone de ces tissus doivent être infiniment petites et peut-être, pouvons nous imaginer que les lésions allergiques anciennes ne guérissent pas par ce traitement cortisonique parce que la cortisone employée par voie générale aux doses usuelles agit de façon antiphrysiologique.

-----



#### CHAPITRE IV.

-:-:-:-:-

#### LES SINUSITES ALLERGIQUES DE L'ENFANCE

-:-:-:-:-

La sinusite allergique peut revêtir diverses formes chez l'adulte mais, pratiquement, chez l'enfant l'on ne voit jamais de forme à polype. La sinusite est dans la règle séreuse. Cette sinusite sera d'ailleurs dans bien des cas muette et ce ne sera pas pour la sinusite elle-même qu'on sera amené à examiner l'enfant. Celui-ci pourra être adressé au spécialiste parce qu'il présente une rhinopathie bizarre, capricieuse, ne cédant pas au traitement mais au contraire guérissant parfois spontanément pour rechuter quelque temps plus tard. Cette rhinopathie est constituée par plusieurs symptômes :

- Ecoulement nasal intermittent, muqueux dans la règle, mais pouvant se transformer en exsudation purulente, de façon, en général, temporaire.
- obstruction nasale intense mais également passagère.
- salve d'éternuements,
- prurit nasal
- toux sèche intense, répétée, tenace, le plus souvent nocturne.

L'enfant pourra également être adressé au spécialiste parce qu'une bronchite tenace, une dilatation des bronches, une infection intestinale récidivante font penser à la présence d'un foyer infectieux des voies respiratoires supérieures.

Enfin ce pourra être au cours d'un examen oto-rhino-laryngologique systématique que l'on recherchera la sinusite allergique. L'interrogatoire des parents renseignera sur les signes fonctionnels de la maladie. Mais en général lorsqu'il s'agit de sinusite allergique isolée, sans rhinite concomitante les signes fonctionnels sont nuls.

Parfois on notera l'existence d'un écoulement muqueux souvent déclenché par l'exposition au froid, parfois l'on pourra apprendre que l'enfant, le matin surtout, mouche un gros bouchon muqueux dont il dira, s'il est assez âgé pour cela, que l'expulsion lui donne l'impression d'une cavité qui se vide. Les crises d'éternuement pourront avoir été remarquées mais elles sont loin d'être constantes.



Enfin la douleur fera habituellement défaut, mais il sera parfois possible, chez l'enfant âgé de lui faire préciser qu'il a souvent une impression de lourdeur de tête ou de tension au niveau de ses régions sous-orbitaires. De même l'interrogatoire permettra de préciser s'il existe des antécédents familiaux d'allergie, si l'enfant a présenté d'autres manifestations allergiques : asthme, urticaire, eczéma, crise d'entérite avec diarrhée séro-muqueuse, alternance de diarrhée et constipation.

On questionnera sur le psychisme et souvent ces enfants allergiques ont un caractère instable, une intelligence en avance sur leur âge, une émotivité très grande parfois refoulée. Enfin, il n'est pas rare que leur sommeil soit agité. La rhinoscopie chez ces enfants montrera soit des signes de la rhinite dont nous avons parlé plus haut.

- hypertrophie oedémateuse des cornets : la muqueuse est pâle, tuméfiée.
- la filière nasale est très rétrécie.
- la muqueuse est recouverte de sécrétions claires, filantes subissant parfois un début de transformation purulente, mais sans jamais qu'il y ait présence de pus véritable.

Mais, plus souvent, il n'y a pas de rhinite authentique. Seule une légère hypertrophie oedémateuse des cornets existera.

Le diagnostic de sinusite allergique nécessite donc des examens plus poussés. La diaphranoscopie renseigne mal sur l'état des sinus, car il est difficile de la faire tolérer par le jeune enfant que l'obscurité affolle.

L'examen radiographique au contraire donne des renseignements de premier ordre. Bien souvent d'ailleurs, c'est un cliché radiographique tiré systématiquement lors d'une dilatation des bronches qui décèle une sinusite maxillaire latente. Les incidences demandées seront :

- : nez- menton- plaque pour le sinus maxillaire,
- : Hitz pour les sinus ethmoïdal et sphénoïdal
- : nez front plaque pour le sinus frontal et ethmoïdal.

Ces radiographies montreront alors pour le sinus malade :

- 1) une diminution de la clarté pouvant aller jusqu'à l'opacité .
- 2) parfois, outre cette opacité plus ou moins prononcée on pourra déceler un épaississement de la muqueuse,



celle-ci semblant souligner par un second trait le contour interne, osseux du sinus.

- 3) souvent plusieurs sinus du même côté, parfois des 2 côtés sont radiologiquement atteints.

Mais il convient de remarquer que dans la majorité des cas les sinus maxillaires semblent plus atteints que les autres ou même sont seuls malades.

Par ordre de fréquence, nous notons :

- 1) atteinte du sinus maxillaire seul
- 2) atteinte du sinus maxillaire, accompagné de celle du sinus frontal et ethmoïdal .
- 3) atteinte du sinus frontal seul
- 4) atteinte du sinus ethmoïdal antérieur.

L'atteinte des sinus ethmoïdaux postérieurs et sphénoïdaux n'a jamais été rencontrée par nous au cours de ce travail.

L'atteinte des sinus ayant été contrôlée par la radiographie, il convient d'essayer d'en prouver la nature allergique.

Outre les signes à distance permettant de soupçonner l'allergie, nous pourrions dans le cas de sinusite maxillaire faire un lavage de sinus après ponction afin de rechercher dans le mucus prélevé la présence d'éosinophiles. Mais nous ne les avons trouvés que dans 15% des cas et en général ils étaient peu abondants. Le liquide de lavage est d'ailleurs parfois vierge, parfois seulement chargé de quelques flocons muqueux. Cette recherche d'éosinophiles pourra être faite au cas où la ponction n'est pas réalisable (sinus autre que le maxillaire, refus des parents) dans le mucus nasal, prélevé directement ou après Proetz.

Enfin, une dernière recherche pourrait être faite, mais qui est plus concevable en théorie que réalisable en pratique : la cuti-réaction à l'allergène. Si l'allergène était connu la cuti-réaction devrait se montrer positive et même une injection intradermique assez considérable de cet allergène devrait déterminer une réaction focale au niveau du sinus atteint. Mais le plus souvent l'allergène en cause est inconnu. Et dans les cas qui se montrent plus réconfortants au début, un allergène étant découvert, il faut fréquemment bientôt déchanter, car ici les allergènes sont multiples, depuis la poussière de maison aux toxines des microbes buccaux anaérobies en passant par les poils d'animaux, la farine, les oeufs, le lait, le chocolat.



L'anatomie pathologique elle-même pourrait constituer une ressource de diagnostic. Une biopsie au niveau des lésions lors d'une atteinte par l'allergie montrerait un oedème dissociant les cellules, une infiltration en éosinophiles et des histiocytes non point apportés par le sang, mais produits par le tissu lésé lui-même. Les vaisseaux en de tels cas sont dilatés, thrombosés même parfois, leurs parois sont épaissies, vitrifiées ainsi que le tissu conjonctif environnant. Enfin le revêtement épithélial lui-même est hyperplasique et le tissu conjonctif sous-jacent présente une dégénérescence fibreuse.

Nous voyons donc que le diagnostic de sinusite allergique se décompose en deux phases :

1) diagnostic de sinusite .

Et dans ce cas, nous ne pouvons guère compter que sur la radiographie pour le faire, étant donné le peu de signes fonctionnels, ou même leur absence.

2) diagnostic de la nature allergique de la sinusite.

Ce second temps est plus complexe et repose plus sur une impression clinique que sur des preuves véritables. Ici nous nous baserons plutôt sur le fait que nous ne trouvons pas de signes nets, pour nous orienter vers le diagnostic d'allergie. Et l'on pourra dire qu'une sinusite latente ou peu "parlante", où la ponction ne ramène rien ou seulement un peu de mucus, qui semble être aggravée par le froid, être parfois plus marquée le matin au réveil, chez un enfant qui a des parents allergiques, ou a fait lui-même des équivalents allergiques, a bien des chances d'être une sinusite allergique.

Et puisque le diagnostic n'aboutira que très difficilement dans ces cas à une certitude, il conviendra d'adjoindre aux autres éléments du diagnostic un début de thérapeutique entrepris comme si le diagnostic était fait: l'épreuve du traitement.



## CHAPITRE V.

-:-:-:-:-

### LE TRAITEMENT

-:-:-:-:-

Donc contrairement aux maladies dont on a fait de façon à peu près certaine le diagnostic et auxquelles on applique sans arrière-pensée les thérapeutiques voulues, la sinusite allergique de l'enfant réclamera un traitement moins pour être guérie que pour être affirmée.

Comme nous l'avions déjà vu précédemment les traitements des maladies allergiques sont très nombreux. Ils devraient d'ailleurs être, en théorie, aussi nombreux que le sont les facteurs constitutants de la maladie allergique. Mais ceci est théorique et que l'on s'accorde à trouver des facteurs héréditaires contre lesquels on ne peut rien et des facteurs endocriniens sur lesquels on peut agir, le traitement de la maladie allergique à ce jour ne peut guère puiser que dans l'arsenal thérapeutique suivant :

- A./ 1) un des premiers gestes, le plus logique tout au moins serait de supprimer le contact avec l'allergène.

Dans le cas de la sinusite allergique, cet allergène peut être soit inhalé, soit véhiculé par le sang, soit même être créé sur place par une infection larvée des sinus. Si donc l'allergène est inhalé, nous devrions pouvoir en écartant du malade cet allergène le guérir temporairement.

A cet égard, il conviendrait donc, chez l'adulte, de faire changer de métier au sujet sensibilisé à un allergène fourni par sa profession.

Mais souvent on ne peut empêcher le malade de se trouver en présence de l'allergène et dans ces cas on a conseillé le port d'un masque qui filtrerait l'air respiré par le malade, ou l'instillation de vaseline qui agirait comme isolant.

Si l'allergène est apporté par le sang, son origine est le plus souvent digestive et il y a lieu dans ce cas d'avoir recours à des régimes successifs d'élimination pour avoir connaissance du ou des aliments nocifs et de les proscrire de l'alimentation.

Enfin si l'allergène est créé dans le sinus même par des germes tels les anaérobies bucco-pharyngés (Lohmans) le traitement sera avant tout local, qui cherchera à faire disparaître cette infection, à la



suite de quoi nous devrions avoir une guérison parfaite de la sinusite allergique, ce qui n'est souvent pas le cas car l'allergie "fait le lit" de l'infection et favorise la réinfection du sinus par le même germe responsable.

- 2) Ne pouvant arriver à supprimer le contact avec l'allergène, mais, ayant pu l'identifier, nous pourrions tenter de désensibiliser de façon spécifique le malade à cet allergène, en lui injectant tous les cinq jours environ des doses croissantes d'une solution de cet allergène.

Il faut noter que le traitement sera long et ne conduira pas à une guérison vraie mais à une accoutumance à l'allergène, si bien que quelque temps après l'arrêt du traitement désensibilisant la maladie pourra reprendre avec la même ampleur qu'auparavant.

B/ L'allergène ne pouvant être découvert ou bien une polysensibilisation existant ou même la désensibilisation spécifique ne donnant pas de résultat, nous devons essayer d'autres traitements.

- a) nous pourrions essayer d'utiliser des produits ayant la propriété de diminuer l'importance des réactions colloïdo-clasiques.

Cette désensibilisation non spécifique est en général obtenue par l'hyposulfite de magnésium, ou le gluconate de calcium injectés par voie intraveineuse, à la dose environ de 1 g. par 24 heures (solution à 10% , 10 cc.)

Ce traitement est évidemment délicat chez l'enfant où les veines sont parfois difficiles à cathétériser et dont l'indocilité habituelle vient souvent rendre la tâche impossible.

Ayant contre elle les mêmes difficultés techniques l'auto-hémothérapie agirait à peu près de la même façon, par désensibilisation non spécifique.

- b) nous pourrions essayer de modifier le terrain allergique de façon à stimuler l'axe hypophyso-surrénalien et à opposer une défense physiologique augmentée à l'agression allergique. A cet effet nous pourrions agir :

1- sur le système nerveux végétatif et nous savons l'action manifeste des sympathomimétiques dans d'autres manifestations allergiques telles que l'asthme.

Mais les sympaticomimétiques, adrénalino,



éphédrine, arthédrine, n'ont qu'un effet temporaire et celui-ci est en général suivi d'une aggravation.

Et il semble bien en être de même dans la sinusite allergique où l'emploi répété de solutions vaso-constrictrices qui décongestionne l'ostium des sinus semble bien par une vaso-dilatation réactionnelle, clore encore plus parfaitement les sinus par la suite et rendre les phénomènes douloureux plus intenses .

L'action sur le système nerveux végétatif apporte d'ailleurs parfois de bons résultats lorsque c'est un para-sympathomimétique qui est administré.

Ainsi la pilocarpine peut être administrée en solution nasale ou même per os, en cas de sympathotonie manifeste.

- 2- Nous pourrions agir également sur l'équilibre endocrinien lui-même en compensant ou freinant un état hypo ou hyper hormonal.

Mais il s'agit encore d'une thérapeutique bien délicate à utiliser chez un enfant jeune car outre le fait que le diagnostic endocrinien est difficile à établir chez lui, elle risque, mal appliquée, d'avoir des conséquences désastreuses étant donné sa plasticité. La thérapeutique pourra donc utiliser des extraits thyroïdiens, des hormones sexuelles extraits para thyroïdiens, mais tout en contrôlant fréquemment le développement et la morphologie du petit malade.

- 3- D'autres médicaments agiront sur le terrain . Ce seront :

- les modificateurs du pH : acidifiant qui renforce la défense naturelle du revêtement cutané-muqueux : acide phosphorique
  - les vitamines A et D , employées à hautes doses
  - les accélérateurs de la nutrition : arsenicaux, méthylarsinate de soude,
  - les produits soufrés : dont l'action désensibilisante est bien connue :
- : on pourra utiliser les aérosols de chlorhydrate de l'ester méthylique de la cystéine et même on pourra prescrire



ce produit en suppositoires.

: on pourra avoir recours aux cures :

1° sulfureuses comme Cauterets,

2° sulfurées arsenicales comme St Honoré.

4- D'autres thérapeutiques auront une action sur la régulation neuro hormonale.

- soit de façon directe ainsi que la radiothérapie diencéphalique à doses minimales. Mais cette méthode n'est guère à conseiller chez l'enfant.

- soit de façon indirecte : psychothérapie qui devrait faire disparaître l'action inhibitrice des centres supérieurs sur le diencéphale par réduction de conflits affectifs.

5- Enfin, un dernier moyen d'agir sur le terrain allergique sera de changer le mode de vie du malade :

- soit changement de climat,

- soit changement d'alimentation

- soit abandon du sédentarisme pour une activité musculaire normale : culture physique bien réglée.

C./ D'autres thérapeutiques encore existent :

a) en premier lieu nous aurons les thérapeutiques qui, plus qu'à l'allergie elle-même, s'opposent à une de ses manifestations : la libération d'histamine et ses effets.

- contre les effets de la libération de l'histamine une thérapeutique par injection de petites doses répétées et progressivement croissantes d'histamine a été utilisée. Mais les résultats ne sont guère satisfaisants.

- au contraire la thérapeutique par les anti histaminiques, corps nouveaux venus dans la chimiothérapie, qui s'opposent à l'action de l'histamine sans entraver sa libération par les cellules allergiques, a donné des résultats très encourageants. Mais à ces corps il ne faut pas demander plus que ce qu'ils peuvent donner. Les antihistaminiques sont des médicaments symptomatiques, quelque soit le type d'allergie, ils pourront se montrer actifs sur les effets secondaires de la libération d'histamine.



Et ainsi, ils s'opposeront à la vaso-dilatation des capillaires à l'œdème, conséquence de leur perte de perméabilité, au prurit, aux spasmes des muscles lisses. Mais le fait qu'ils ne sont que des antihistaminiques et non des médicaments de l'allergie ressortira dès cessation du traitement. Immédiatement les troubles réapparaîtront et parfois même avec une intensité accrue comme si l'inactivation de l'histamine avait permis à la maladie allergique de faire encore des progrès.

Enfin, les antihistaminiques n'ont pas une action constante. Bien que leur pouvoir antihistaminique soit nettement déterminé au laboratoire et même de façon quantitative, les cas où les antihistaminiques sont sans action égale à peu près en nombre ceux où ils sont actifs.

Les antihistaminiques n'offrent donc un intérêt que pour lutter contre les effets gênants de la libération d'histamine lors de l'allergie, non pour guérir l'allergie. Et d'emblée nous voyons qu'étant donné la latence des sinusites de l'enfance, que leur emploi n'offrira guère d'intérêt chez eux. En effet, la douleur est le plus souvent absente et l'obstruction nasale cède mal aux antihistaminiques.

Les antihistaminiques d'ailleurs n'agissent pas tous de façon similaire même si l'on s'en réfère à la valeur de leur pouvoir antihistaminique. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que tous ces corps possèdent une action secondaire sur le système nerveux végétatif et que cette action peut être parfois fort gênante : somnolence ou au contraire insomnie.

D./ Les thérapeutiques chirurgicales ne seront citées que pour mieux faire ressortir que, si dans l'allergie naso-sinusienne de l'adulte, on doit souvent avoir recours à elles, en sachant d'ailleurs leur peu de résultat, dans l'allergie naso sinusienne de l'enfance on peut et doit s'en passer.

Au maximum nous pourrions faire des cautérisations de cornet chez un enfant dont la respiration nasale est très diminuée lorsqu'elle ne cède pas aux autres thérapeutiques (les vaso-constricteurs locaux étant éliminés vu leur action néfaste dans l'allergie).

En nous voyons que malgré le nombre des thérapeutiques pouvant être mises en œuvre dans les sinusites allergi-



giques, les succès que nous pourrons en tirer semblent bien moindres.

Aussi avons-nous essayé de traiter ces sinusites à l'aide du produit qui physiologiquement s'oppose à l'allergie : la cortisone.

-----

#### TRAITEMENT PAR LA CORTISONE

=====

Ainsi que nous l'avions vu précédemment, lorsque pour guérir ou traiter une lésion allergique d'étendue limitée, on introduit la cortisone par voie générale dans l'organisme, on se livre sans doute à un acte antiphysiologique. Car ou bien nous réussirons à obtenir au niveau de la lésion une concentration de cortisone telle que la guérison puisse survenir, mais alors le système endocrinien aura été tellement perturbé que des rechutes auront lieu dès cessation du traitement, ou bien nous aurons à cœur de ne pas maltraiter le système endocrinien, nous n'emploierons que de faibles doses, mais alors les concentrations au siège de la lésion seront insuffisantes et les lésions ne guériront pas.

La thérapeutique locale semble au contraire présenter tous avantages : concentration locale élevée, système endocrinien intact.

Cette thérapeutique locale, par la cortisone a déjà été employée dans les rhinites allergiques. Les différents auteurs utilisaient soit les pulvérisations nasales de solution de cortisone à des doses d'environ 15 mg. par jour, soit les injections sous muqueuses de solution de cortisone à des doses allant de 25 à 50 mg.

Les résultats furent d'ailleurs, en moyenne, très bons. Les succès largement aussi nombreux qu'avec les autres thérapeutiques eurent l'avantage de se maintenir longtemps après cessation du traitement. Cependant, dans le cas de sinusite allergique, il ne fallait songer à obtenir de bons résultats qu'en portant la cortisone directement au niveau de la lésion, c'est-à-dire dans le sinus atteint.

Nous fûmes donc amenés à ponctionner les sinusites maxillaires afin d'injecter dans le sinus malade une dose allant de 15 à 50 mg. de cortisone et dans les cas de sinusites ayant un siège différent, à faire parvenir la cortisone au contact des lésions grâce à la méthode de déplac-



ment de Proetz. Dans ce dernier cas, nous utilisons 5 cm<sup>3</sup> d'une suspension de cortisone à 0,50%.

La cadence des ponctions fut d'une fois tous les deux jours à 1 fois par semaine. Leur nombre alla d'une à quatre.

Nous avons traité ainsi 12 enfants dans le service de notre maître le Docteur Lemarié.

Nous transcrivons ici les observations de quelques uns d'entre eux :

1ère observation : J..... Jean-Pierre, 8 ans.

Nous est adressé par le service de Médecine pour dilatation des bronches, décelée depuis quelques mois déjà.

Une radiographie systématique des sinus, faite le 11 janvier 1955 montre une opacité prononcée du sinus maxillaire gauche.

L'examen montre des cornets hypertrophiés et oedémateux entraînant une mauvaise respiration nasale.

Il n'y a pas de pus dans le méat moyen.

Bien qu'il n'y ait ici aucun antécédent familial ou individuel d'allergie, sur une ponction exploratrice du sinus maxillaire gauche qui ne ramène qu'un peu de mucus, nous faisons une injection dans le sinus de 15 mg. de cortisone le 2 février 1955. Le mucus prélevé en est examiné au laboratoire et il n'est découvert aucun éosinophile.

Le 9 février 1955, une radiographie (nez-menton-plaque) montre le nettoyage complet du sinus gauche. La transparence est parfaite. L'état des fosses nasales montre une rétraction nette des cornets inférieurs, la respiration nasale est très améliorée.

2ème observation : P..... Patrick 6 ans.

Cet enfant présente une sinusite maxillaire suppurée chronique bilatérale décelée deux mois auparavant à propos d'une bronchorrhée intarissable.

Choz cet enfant une allergie aux poussières de ville a été découverte.

A la suite de la première radiographie faite le 19 janvier 1955 et montrant l'opacité des sinus, une ponction est faite sur le sinus maxillaire droit le



2 février 1955.

Prélèvement de muco-pus suivi d'une injection de 15 mg. d'hydrocortisone.

Le prélèvement ne montre pas d'éosinophiles.

L'enfant est revu le 9 février 1955. Ponction du côté gauche et injection de 15 mg. d'hydrocortisone. Une radiographie est faite ce jour et montre une amélioration du côté droit.

L'enfant est revu le 16 février 1955. A ce moment existe une grosse amélioration fonctionnelle, les cornets sont très diminués de volume, la respiration nasale est plus facile, les méats moyens ne montrent plus la présence de pus mais seulement de mucus peu abondant en voie de transformation purulente.

Le traitement est poursuivi.

3ème observation : C..... Roger 7ans.

Ce jeune enfant présente depuis deux ans une dilatation des bronches accompagnée de petits signes d'allergie nasale :

- éternuements répétés en salve sous l'influence du froid; ou dit la mère "en regardant le soleil" .
- écoulement nasal tantôt purulent tantôt clair mais capricieux.

Une radiographie des sinus a montré le 17 février 1955 une sinusite maxillaire droite.

Une ponction ramène un liquide purulent où sont trouvés quelques rares éosinophiles mais où le laboratoire ne décèle aucun germe.

Les cornets sont hypertrophiés, oedémateux. L'enfant a subi deux ponctions avec injection de 25 mg. d'hydrocortisone dans le sinus.

Le 2 Mars 1955 : liquide de lavage clair contenant à peine quelques flocons muqueux. La respiration nasale est très améliorée des deux côtés.

La radiographie faite le 2 Mars 1955 ne montre aucune régression de l'opacité du sinus maxillaire droit.



4ème observation : R..... B..... Christianne

Présente depuis quelques jours des douleurs fronto-jugales avec un état sub-fébrile (37°5, 38°).

La radiographie montre un flou du sinus maxillaire gauche et moins nettement des autres sinus.

La rhinoscopie montre des cornets gros, oedématisés, mais se rétractant sous l'effet de l'adrénaline.

Le 17 février 1955 on pratique une ponction exploratrice à droite donnant issue à un pus contenant quelques éosinophiles mais sans germes. Cette ponction permet l'injection de 25 mg. de cortisone.

Le 22 février 1955 : on pratique une ponction du sinus gauche qui est sec, suivi d'une injection de 25 mg. de cortisone.

Le 25 février 1955 : idem.

Sans aucun traitement la température est redevenue normale, la respiration nasale parfaite. Une radiographie faite le 1er Mars 1955 ne montre pas d'amélioration des opacités des sinus maxillaires.

5ème observation : B.... Pierre 13 ans.

Enfant soigné pour dilatation des bronches diagnostiquée trois mois auparavant. Une radiographie montre une sinusite maxillaire gauche, qui a déjà été traitée aux antibiotiques.

Cet enfant a présenté des crises d'asthme de l'âge de cinq ans à onze ans.

La rhinoscopie montre une filière nasale rétrécie par un oedème considérable de la muqueuse. On pratique une ponction du sinus maxillaire gauche qui ne révèle pas la présence d'éosinophiles, suivie d'une injection de 15 mg. de cortisone.

L'enfant est revu le 9 février 1955 : 25 mg. de cortisone sont de nouveau injectés dans le sinus maxillaire gauche.

Le 16 fév. 1955, : injection de 25 mg. dans le sinus maxillaire gauche.

Le 3 Mars 1955 une radiographie ne montre aucune régression de l'opacité. Cependant la respiration nasale est très améliorée, la muqueuse étant redevenue presque normale, l'oedème ayant disparu.



(Il convient de noter que cet enfant chez qui la thérapeutique locale semble avoir échoué subissait simultanément une désensibilisation à la poussière de maison, produit auquel il s'était montré allergique. Peut-être cette "désensibilisation" oeuvrait-elle en sens opposé à la thérapeutique locale).

6ème observation : T.... Jocelyne 12 ans.

Enfant se plaignant depuis 4 semaines de douleurs frontales passagères pour lesquelles jusqu'à présent elle n'a subi aucun traitement.

Cette enfant a une mauvaise respiration nasale, surtout la nuit (type rhinite à bascule). Son sommeil est souvent coupé de cauchemars et elle présente une toux nocturne ténace. Elle est sujette également à des crises d'éternuements paroxystiques.

Son appétit est capricieux et elle présente souvent de violentes coliques intestinales.

Enfin son caractère est changeant et elle fait, de temps en temps, de petites crises de dépression nerveuse. Dans sa famille et chez elle-même il n'y a pas d'antécédents d'allergie.

Le 16 février 1955 la rhinoscopie antérieure montre des cornets hypertrophiés et congestifs. Une radiographie datant du 14 février montre une opacité des sinus maxillaire, ethmoïdaux et frontal du côté droit.

Une ponction du sinus maxillaire droit retire un liquide purulent où sont trouvés des polynucléaires éosinophiles mais aucun germe. Une injection de 15 mg. de cortisone est pratiquée.

Le 24 février 1955, nouvelle ponction du sinus maxillaire droit, avec une injection de 25 mg. d'hydrocortisone.

Le 28 février 1955, nouvelle injection de 25 mg. d'hydrocortisone.

A cette date les céphalées frontales ont cessé, la respiration nasale est améliorée.

Le 3 Mars 1955, 25 mg. d'hydrocortisone sont administrés dans les sinus droits par la méthode de Proetz.

Une radiographie du 3 Mars 1955 montre : une amélioration de l'opacité du sinus maxillaire gauche



qui a presque disparue mais aucun changement au niveau des sinus maxillaires droit et frontaux.

Le traitement de ces douze enfants nous a donc permis de préciser quelques points sur l'emploi de la cortisone .

Il nous a semblé tout d'abord que le risque de voir un processus infectieux s'étendre sous son influence n'étaient guère considérable ni même existant.

Au contraire même lorsque la sinusite était typiquement suppurée, l'injection de cortisone dans le sinus semblait agir à la façon d'un antibiotique et plus rapidement peut-être encore puisqu'à la ponction suivant, le liquide de lavage ressortait clair.

La cortisone semble avoir amélioré et parfois guéri des sinusites allergiques datant parfois d'assez longtemps.

Le contrôle radiologique a montré dans un certain nombre de cas la disparition des opacités.

Dans les cas où la radiographie ne montrait guère de changement, il y eut toujours cependant une amélioration fonctionnelle du côté de la respiration nasale ou de la rhinorrhée.

Sur 12 cas traités, nous avons eu, compte tenu des états initiaux, où la sinusite était totalement latente, cinq cas sur douze améliorés totalement aussi bien du point de vue fonctionnel que radiologique.

Dans 10 cas sur 12, l'amélioration était seulement fonctionnelle.

Nous n'avons pas assez de recul pour savoir si le traitement des sinusites allergiques par la cortisone peut influencer l'évolution d'une dilatation des bronches (mais la cessation de la toux et de l'expectoration a été notée dans deux cas de dilatation des bronches au cours du traitement), ni pour juger des récurrences possibles (en tout cas, amélioration sensible dans des cas tenaces).



## CONCLUSION

-:-:-:-:-

Les sinusites allergiques de l'enfance sont ordinairement latentes. De là vient l'opinion erronée qu'elles sont une rareté.

Leur évolution pendant l'enfance tout au moins, est silencieuse et souvent si l'enfant qui en est atteint est reconnu malade, c'est parce qu'une complication plus bruyante vient attirer l'attention sur le sinus.

Bien des traitements en ont été proposés mais il faut avouer qu'aucun d'entre eux n'est satisfaisant.

Le dernier venu des traitements de l'allergie, par la cortisone, a l'avantage théorique d'être physiologique.

Mais, bien que la cortisone soit une hormone et que sa présence soit normale chez l'être humain il convient de ne l'employer que d'une façon qui soit physiologique.

C'est pourquoi le traitement local par la cortisone paraît devoir être beaucoup plus actif et bien moins dangereux que le traitement par voie générale.

Les sinusites allergiques se prêtent facilement à un traitement local.

Nous nous sommes donc employés à appliquer le traitement par cortisone in situ à des petits malades du service de notre maître Monsieur le Docteur Lemarié.

Ce traitement nous a semblé donner de bons résultats mais nous manquons de recul pour juger de la persistance des guérisons obtenues.

Nous espérons cependant que ce traitement se montrera actif et durable et que nous serons enfin armés contre cette maladie tenace qu'est la sinusite allergique.



Vu, Le Président de Thèse :  
Professeur AUBIN

Vu, le Doyen de la Faculté  
de Médecine de Paris :  
Professeur L. BINET.

Vu et permis d'imprimer  
Le Recteur de l'Académie de Paris  
J. SARRAILH

—O—O—



BIBLIOGRAPHIE

-:-:-:-:-

- AFCHARI M.A.: Traitement de la rhinite allergique par l'hydro cortisone . Mem. Ass. Etr. Paris 1954 n°45 44 p.
- AGOSTINI J. et SARROLA H.: Allergie naso-sinusienne . Maroc méd. Janvier 1952 31, 4° 319 61 . 63.
- BACHI S.: Quelques remarques à propos du traitement des rhinites vasomotrices allergiques par l'A.C.T.H. J. français Oto-rhino-laryngo. nov. 1952 1 n°7 603-606
- BARONE M.H.: Dornières conceptions de l'allergie en O.R.L. New-York State J. Med. 1 Dec. 1952 52 n°23, 2882, 2886; (Bibliog.)
- BERNSTEIN D.: Allergie nasale et cutanée à la cortisone . New-York State J. Med. 1er Aout 1951, 51, n°15, 1849 (Bibliog.)
- BOURDIAL J. , ANDRE P. , et CLERC P.: Allergie naso-sinusienne Rapport au XLIX Congrès français d'O.R.L. Presse méd. 59 n°80 p. 1684 15 Dec. 1951.
- BOURDIAL J. , ANDRE P.G. , et CLERC P. : Allergie naso sinusienne Ann. Oto-Laryng. 1952 69 , n°2/3 161-163
- CALDERIN A.M. : L'allergie naso sinusienne . Acta oto rhino laryng. ibero amer. 1951 2 n°5 267-291 . 4 fig.
- CANOU P. : La thérapeutique de l'allergie nasale. Résultats obtenus par la D vitaminothérapie à hautes doses, associé au calcium. Acta oto rhino laryngol. belg. 1951, n°6, 495 - 508 (bibliog)
- CLERICI E. LEONARDELLI G. et SCEVOLA P. : L'ensemble des épreuves sériques fonctionnelles dans les rhinopathies allergiques. Minerva méd. 3 fev. 1951 42 n°7 209-213 (bibliog).
- CORONE A. : Les sinusites allergiques aux stations sulfureuses Maroc Med. Janvier 1952 31 n°319 - 66.
- DILL J.L. et BOLITAD D.S. : Observations sur l'emploi local de la cortisone dans le nez, dans la rhinite allergique . Laryngoscope, mai 1951 61 n°5 415 - 422 (bibliog.)



- DISHOCK (Van) H.A.E. : Quelques aspects biologiques de la désensibilisation allergique . Rev. Laryng. oto-rhinol. suppl. mai 1951 361-367 7 figures.
- DUMAINE A. : Contribution à l'étude du traitement de l'allergie naso sinusienne . Thèse Paris 1951 178 p. (bibliog.)
- DURIG M. et GAILLIARD A. : Céphalée allergique Maroc Méd. janvier 1952 31 n°319 66.
- EYSSANTIER M. : Les troubles fonctionnels de l'appareil respiratoire et l'allergie. Année oto-rhino-laryng. juillet 1953 70 n°7 434-447.
- EYSSANTIER M. : Allergie respiratoire et climat . Maroc med. Nov. 1953 32 n°342 1203-1211
- FERRIERE A. : Essais de diagnostic dans 200 cas d'allergie respiratoire. Acta clin. belg. sept. oct. 1953 8 n°5 491-507 . (bibliog;)
- FLEURY : L'allergie naso sinusienne . Gaz. Med. de France fev. 1952 59 n°3 140.
- GAMBILLARD , LEHMANS J. et SOURICE : Affections générales et allergie anaérobie pro pharyngée . Presse médic. 21 février 1953 61 n°12 229-230 (bibliog.)
- GAUTHIER-VILLARD : Anatomie pathologique de l'allergie dans "Etude clinique expérimentale et thérapeutique sur l'allergie" publiée sous la direction de Pasteur Valéry Radot, Expansion scientifique française 1951.
- GIRARD J. et GRIMAUD R. : Sinusite allergique guérie par tuberculinothérapie. Maroc. Med. janvier 1952 31 n°319-66
- GODIN O. : Le praticien O.R.L. devant le problème des troubles vasomoteurs naso sinusiens. J. français oto rhino laryng. Janvier 1952 1 n°1 13-39 2 fig. (bibliog.)
- GROB. D. et Al. : Action de l'administration d'A.C.T.H. sur la peau , réactivité des membranes muqueuses conjonctivales et nasales à l'histamine et aux antigènes chez l'homme. Bull. John. Hopkins Hosp. av. 1950 90 n°4 301-312 (bibliog)
- GROVE R.C. : Importance de la sinusite hyperplasique dans l'étiologie de la rhinite allergique. Arch. Oto laryng. mars 1953 57 n°3 267-281 7 tabl. (bibliog.)



- HUBER J.P. : Allergie naso-sinusienne et crénothérapie sulfureuse . Maroc méd. Janvier 1952 31 n°319-66
- HUSSARCK M. et KOFLER E. : Le système nerveux végétatif et les affections allergiques du nez. Arch. Ohren-Nasen Kehlkopf 1953 163 n°2,6 (bibliog.)
- KERN R.A. : Quelques considérations pratiques sur l'allergie respiratoire . Ann. Oto rhino laryng. Sept. 1954 63 n°3 620-639.
- KIEY W. : Affections allergiques du nez . Arzth. Wschr. 28 mars 1952 7 n°13 289-293
- LANGRAF F. : La rhinopathie allergie hypertrophique , en tant que problème thérapeutique . Praxis 9. Déc. 1954 43 n°49 1046-1049 (bibliog.)
- LATRAVERSE V. : Rhino sinusite allergique : conceptions thérapeutiques A.C.T.H. Union med. Canada avr. 1953 82 n°4 410-412
- LEHMANS J. : Importance de la flore anaérobie stricte des cavités de la face et ses conséquences allergiques. Actualités oto rhino laryngologiques 1954 librairie Arnette Paris.
- LUCAS H.A. et PEPYS J. : La rhinite allergique à la ménopause. J. Laryng. otol. août 1951 65 n°8 598-606 1 fig. (bibliog.)
- LUSHER E. : Affections allergiques des voies alimentaires et de l'organe auditif . Schweiz med. Wschr. 4 juillet 1953 83 n°27 619-622 (biblio.)
- MAC GUIDDY E.L. et SHELDON J.M. : Progrès en O.R.L. : l'allergie de l'œil, du nez, de l'oreille et de la gorge . Arch. oto laryng. juin 1954 59 n°6 743-762 (bibliog.)
- MARCHETTI A.M. GALINAGUO V.J. et FAIMONDO A. : Application locale d'anti histaminiques dans les rhinopathies allergiques et autres troubles respiratoires. Preusa med. Argent. 25 août 1950 37 n°34 1980-1982 (bibliog.)
- MASPETIOL : Semaine des hôpitaux du 20/10/53 . Sinusite maxillaire chronique de l'enfant. Considération anatomo-cliniques;
- MATSUDA G. et TAKASU T. : Les découvertes histopathologiques dans la sinusite chronique par rapport à la teneur en histamine du sang et des muqueuses. Nagoya med. jour. janvier 1953 1 n°1 53-57 (bibliog.)



- MAYER E.H. : L'état des vaisseaux dans les polypes nasaux en cas de rhinite allergique. Arch. Ohren Nasen und Kehlkopf déc. 1952 161 n°2 389-397.
- MELCHIOR R. : Radiothérapie dans l'hypersensibilité nasale non spécifique . Acta oto . Masson 1950 160 p.
- MELCHIOR R. : Radiothérapie dans l'hypersensibilité nasale non spécifique . Acta oto rhino laryng. belg. 1951- n°5.
- MELCHIOR R. : Allergie et troubles vaso moteurs de la muqueuse nasale et sinusienne . Rev. Laryng. Otol. rhinol. mars av. 1952 73 n°3/4 206-207
- PASTEUR VALEFFY RADOT : Précis des maladies allergiques. Flammarion Editeur Paris 1949.
- POUZANI R. : Le diagnostic biologique de l'allergie naso sinusienne et trachéo bronchique chez l'enfant. Pédiatrie 1952 7 n°5 615-626 1 tableau 6 courbes. (bibliog.)
- PEPYS J. : La rhinite allergique . J. Laryng. otol. mars 1954 68 n°3 147-151
- PERRET P. : La rhinite allergique . Practica oto-rhino-laryng. 1953,15 n°3/4 243-254.
- REYNERI P. : Le test de Thorn dans les rhinites allergiques. J. français d'oto rhino laryng. nov. 1952 1 n°7 599-602
- STROMME O. : Quelques aspects de la sinusite maxillaire allergique. Remarque sur l'allergie latente. Ann. Otol. rhin. laryng. juin 1951 60 n°2 336-342 (bibliog.)
- UNGER M. : Rhume des foins, humide et sinusite : nouvelles études . New-York state j. med. 15 juillet 1953 n°14 1674-1676.
- WERELLE F.L. : L'effet de la chirurgie du nez et des sinus sur les manifestations de l'allergie. New England J. Med. 12 Janvier 1950 242 n°2 43-48 (bibliog.)

-----



TABLE DES MATIERES  
-:-:-:-:-

|                                                               |      |
|---------------------------------------------------------------|------|
| Chapitre I. ....                                              | p. 2 |
| Chapitre II.: Historique et définition<br>de l'allergie ..... | p. 3 |
| Chapitre III : pathogénie de l'allerg-<br>gie .....           | p. 5 |
| Chapitre IV : Les sinusites allergi-<br>ques de l'enfance ... | p.12 |
| Chapitre V : Le traitement .....                              | p.16 |
| Traitement par la cortisone<br>sone .....                     | p.21 |
| Conclusion .....                                              | p.27 |
| Bibliographie .....                                           | p.28 |

\*\*\*





